624

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Maurice BLOCH

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE SAINT-ANTOINE

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LE CAS DE

DYSTOCIE PELVIENNE

D'ORIGINE RACHITIQUE

PRÉSIDENT : M. **BUDIN**, Professeur.

JUGES. . MM. **NELATON**, **THIERY**, **WALLICH**, Agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, rue Racine, 3

—

1900

624

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LE CAS

DE DYSTOCIE PELVIENNE

D'ORIGINE RACHITIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Maurice BLOCH

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE SAINT-ANTOINE

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LE CAS DE

DYSTOCIE PELVIENNE

D'ORIGINE RACHITIQUE

PRÉSIDENT : M. **BUDIN**, Professeur.

JUGES. . (MM. **NELATON**, **THIERY**, **WALLICH**,) Agrégés.

ACAD. LUGDUNENSIS BIBL.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, rue Racine, 3

—

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (Aug.).		MERY.	WALTHER.
BROCA (André).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
Pierre DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine, Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON MAITRE M. LE Dr BAR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chevalier de la Légion d'honneur.

Avant d'aborder ce travail, nous tenons à adresser à M. le professeur Budin l'expression de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse ;

M. le docteur Bar nous a inspiré l'idée de ce travail : pour le mener à bien, il nous a prodigué ses conseils et son temps ; nous sommes heureux de rendre hommage à sa bienveillance et à sa sollicitude, et nous lui en adressons ainsi qu'à M. le docteur Tissier nos plus respectueux remercîments.

Au début de nos études, M. le docteur Merklen, médecin de l'hôpital Laënnec, nous a accueilli dans son service où il guida notre instruction médicale avec une sollicitude de tous les instants. Il nous fit plus tard l'honneur de nous agréer comme externe ; nous remercions notre maître de tout cœur de l'affectueux intérêt qu'il nous porta en maintes circonstances.

Pendant les deux années que M. le docteur Charles Monod nous permit de passer dans son service à l'hôpital

Saint-Antoine, il nous témoigna constamment sa sollicitude et sa bienveillance, et nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous n'oublierons pas l'intérêt que montrèrent à notre égard MM. les docteurs Walther, Arrou et Mauclair. MM. les docteurs Brocq et A. Renault nous donnèrent un enseignement précieux et nous leur en exprimons toute notre gratitude.

Nous gardons le meilleur souvenir de l'amitié que nous ont témoignée, au cours de nos études, MM. les docteurs Boullé, Bufnoir, Robineau, Cunéo, Nobécourt, Beaussenat, Martin, Schmidt, Lacour, Venot et Cottet.

INTRODUCTION

Lorsqu'on parcourt dans les divers traités d'obstétrique les chapitres consacrés aux interventions dans les viciations pelviennes, on est frappé de la diversité des opérations pratiquées par les différents accoucheurs dans un même cas.

Aujourd'hui, en France, on peut rattacher toutes les méthodes à deux Écoles : l'une, ayant comme fin essentielle la sauvegarde de l'enfant et repoussant l'accouchement provoqué, le forceps, la version, quand ces opérations sont susceptibles de causer des dommages au fœtus.

L'École éclectique, qui compte un plus grand nombre de partisans, met la sauvegarde de la mère, tant immédiate que prochaine, sur le même rang, sinon sur un rang supérieur à celle de l'enfant. Les partisans de cette doctrine pratiquent l'accouchement provoqué, le forceps, la version : ils préfèrent l'opération césarienne à la symphyséotomie.

Notre maître, M. le Dr Bar, nous a conseillé, en nous y aidant largement, de rechercher, en nous appuyant sur des documents certains, quels ont été les résultats

obtenus par ces deux groupes d'accoucheurs et de les comparer. M. le Dr Bar a bien voulu, et nous le remercions vivement, mettre à notre disposition des épreuves de ses leçons de pathologie obstétricale (1).

Ce travail ne pouvait être fait qu'en observant une ligne de conduite unique dans le dépouillement des documents que nous avions à notre portée. Nous avons donc agi partout de même : il ne s'agira que de bassins rachitiques.

Nous avons éliminé les bassins *autres*, tels que viciés par luxation de la hanche, coxalgie, spondylolisthésis, les bassins où il n'était fait mention que de promontoire accessible, et ceux qui n'étaient pas mesurés. En outre, nous n'avons pas compté les cas où l'enfant était né mort et macéré.

---

(1) Paul Bar. *Leçons de Pathologie obstétricale*, Paris, 1900.

HISTORIQUE

Quand on étudie l'histoire de l'obstétrique, on ne voit apparaître l'étude du bassin normal et pathologique que fort tard, quoique auparavant les opérations qui devaient servir en cette matière fussent déjà employées, mais sans suite, sans discernement. Paul d'Égine, au septième siècle, parle de percer le crâne dans les accouchements laborieux, et l'embryotomie, jusqu'à Ambroise Paré, était la seule méthode employée dans les cas où un accouchement ne se faisait pas avec facilité. Paré s'éleva contre cet abus, préconisa et appliqua la version; il la faisait dans les présentations de l'épaule et dans les présentations du sommet : mais quelle était la nature de la dystocie qui le faisait intervenir ? il ne le dit pas. Guillemeau de même intervenait par la version dans les accouchements laborieux.

La section césarienne fit bientôt son apparition. Le premier ouvrage important qui s'y rattache est celui de Rousset : il pratiquait l'opération césarienne conservatrice : en effet, il assure, pour engager à la faire, qu'une femme qui aura supporté l'opération n'en sera pas moins féconde.

Ce n'est qu'au début du dix-septième siècle que l'on commença à étudier l'ostéologie du bassin : Séverin Pineau, dans une dissection faite devant la plupart des maîtres de la chirurgie de Paris, montra sur une suppliciée le relâchement des articulations du bassin chez la femme enceinte ; il semble pressentir la symphyséotomie lorsqu'il dit : *Non tantum dilatari, sed etiam secari tuto possunt ;*

Après Mauriceau, peu parlèrent bien des bassins viciés par boiterie, du bassin des bossues. Mais les moyens de diagnostic des déformations de ces bassins étaient inconnus. Ces auteurs cherchèrent à réduire le plus possible les opérations fœticides : l'expérience que fit à ce moment Chamberlen de son forceps ne réussit guère.

De la Motte, au dix-huitième siècle, réagit contre l'opération césarienne et contre l'embryotomie ; mais l'on peut douter de son optimisme et des magnifiques résultats qu'il rapporte : en trente ans, paraît-il, il n'usa que deux ou trois fois du crochet et des instruments, jamais il n'eut besoin de recourir à la section césarienne : « Parce que », dit-il, « l'art perfectionné jus- « qu'au point où il est à présent rend le secours de cette « opération presque toujours inutile. » Sigault venait de faire sa première symphyséotomie : les « symphysiens et les césariens formèrent deux sectes enthousiastes, « dit Cazeaux, » qui devaient finir, une fois leur première ardeur calmée, par se fondre dans une commune opinion.

En 1733, Henry von Deventer publie son ouvrage où il étudie le bassin et il croit pouvoir se passer des ins-

truments dans les angusties pelviennes, en déprimant le coccyx. Cet auteur influa sur les idées conservatrices d'Ould, Levret et Smellie, d'autant plus qu'à ce moment on commençait à pratiquer l'accouchement provoqué : en effet, suivant Denmann, en 1756 les praticiens les plus considérés de Londres se réunirent pour savoir si l'accouchement provoqué « était une chose avantageuse et approuvée par la morale ». Macaulay se chargea, ainsi que ses élèves, de justifier la décision affirmative prise à ce congrès.

Au dix-neuvième siècle, une première période fut illustrée par Litzmann, Michaëlis, Nägele, Paul Dubois, avec leurs beaux travaux sur le bassin pathologique et sur la mensuration pelvienne. Puis vinrent les travaux de Tarnier sur le forceps, la basiotripsie, l'accouchement provoqué et l'élevage des enfants prématurés en couveuse.

Simpson, Barnes fixent le manuel opératoire de la version, MM. les professeurs Morisani, Farabeuf et Pinard celui de la symphyséotomie. Sänger, Leopold, Porro perfectionnent l'opération césarienne.

La synthèse de tous ces travaux devait être effectuée au Congrès d'Amsterdam en 1899, où l'on discuta toutes les questions ayant trait aux interventions en matière de viciations pelviennes. Nous analyserons plus loin, comme on le verra, les rapports présentés à ce Congrès.

CHAPITRE PREMIER

Nous allons tout d'abord faire un exposé de la conduite suivie à l'hôpital Saint-Antoine par M. le Dr Bar; nous y ajouterons le rapport détaillé des cas observés.

Nous verrons ensuite quelles sont les objections que l'on pourrait adresser à sa manière de faire et nous les discuterons.

Enfin nous comparerons nos résultats à ceux d'autres auteurs, et nous dirons dans quelle mesure il y aurait lieu de modifier la technique employée.

Ceci dit, voyons quelle est la conduite suivie à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

On attribue dans le service la plus grande importance à la mesure du diamètre promonto-sous-pubien faite par le toucher digital : de ce diamètre on retranche invariablement 15^{mm} pour obtenir le diamètre promonto-pubien minimum. Rarement entre deux résultats obtenus par deux observateurs différents, on n'a observé dans le service un écart supérieur à 2 ou 3^{mm}, écart de peu d'importance pour le diagnostic du degré de viciation.

Il eût été utile de faire une distinction entre les bassins simplement aplatis d'avant en arrière et ceux qui étaient généralement rétrécis. Cela nous a été

malheureusement impossible ; la documentation manque absolument sur ce sujet dans les registres de l'hôpital. Dans les statistiques étrangères que nous avons dépouillées et dont nous étudierons quelques-unes plus loin, la distinction en question existe. Nous avons, nous conformant du reste aux règles habituellement observées par les divers auteurs, divisé nos bassins en catégories d'après leurs mesures. La première va de 90 à 100^{mm} (promonto-pubien minimum), la seconde de 81 à 90^{mm}, la troisième de 71 à 80^{mm}, la dernière de X à 70^{mm}.

I. **Pendant la grossesse**. — Si la question de l'accouchement provoqué se pose, voici comment on agit.

Quand le diamètre promonto-pubien minimum mesure moins de 80^{mm}, on ne provoque pas l'accouchement ; si le diamètre promonto-pubien minimum mesure de 81 à 90^{mm}, il faut considérer une première catégorie qui comprend les bassins de 81 à 85^{mm} ; dans ce cas, on provoque l'accouchement quand on a la certitude que le volume de l'enfant ne fera pas obstacle à l'intervention : à la rigueur, mais on s'en abstient, on pourrait tenter l'accouchement provoqué si l'on a affaire à une multipare ayant un bassin d'un peu moins de 80^{mm} quand ce dernier est simplement aplati au détroit supérieur avec une excavation spacieuse.

Dans une deuxième série de cas, où le diamètre promonto-pubien minimum mesure de 85-90^{mm}, on ne fait l'accouchement provoqué que si l'on est sûr que la disproportion entre la tête du fœtus et le bassin n'est pas considérable. Et encore ne faut-il pas temporiser pour intervenir, car ce sont ces bassins précisément

qui, faute de s'être hâté, vous forcent à pratiquer la symphyséotomie.

Dans les bassins mesurant de 90-100^{mm} pour peu que l'on ait des doutes sur l'issue heureuse de l'accouchement, on le provoque.

En quoi cette manière d'agir diffère-t-elle de la pratique des accoucheurs anciens ? L'on s'étonne fort quand on lit que Paul Dubois et Stoltz pratiquaient l'accouchement prématuré quand le bassin mesurait 6 centimètres 1/2 au moins dans son diamètre promonto-pubien minimum. Il semble étrange de lire dans le *Traité* de Cazeaux les lignes suivantes (1) :

« Quelques exceptions rares et heureuses d'accou-
« chement ayant eu lieu au travers d'un rétrécissement
« de 5 centimètres 1/2, semblent cependant démontrer
« qu'on pourrait peut-être abaisser la limite indiquée plus
« haut et la reporter à 5 centimètres 1/2. Je sais bien
« que les exceptions ne justifient pas l'oubli des règles
« générales, mais je pense que dans un rétrécissement
« de 5 centimètres 1/2 on devrait tenter l'accouchement
« prématuré. »

A une pareille méthode on peut faire l'objection que formulait M. le professeur Pinard en disant que dans ces cas « ce ne serait plus un accouchement, mais bien un « avortement qui serait provoqué » (2).

Cette objection, très juste en ce qui concerne l'accou-

---

(1) Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 7e édition, p. 1026.

(2) Pinard. *Clinique obstétricale*, 1899, p. 262.

chement provoqué dans des cas où le diamètre promonto-pubien minimum mesurerait 5 centimètres 1/2, 6, 7, n'est plus applicable à la conduite tenue à Saint-Antoine, où l'on ne tend à provoquer l'accouchement que dans le cas où le bassin mesure 80^{mm} au moins.

Que risque-t-on de faire naître un enfant à 8 mois 1/2 alors que la tête n'est pas encore en état de faire obstacle au niveau du détroit supérieur ? L'opération, si l'on peut appeler de ce nom la mise en place d'un ballon Champetier ou d'un ballon Tarnier, ne fait courir aucun danger, ni à la mère ni à l'enfant, à la condition d'être menée avec douceur et prudence. Dans le service, on emploie indifféremment les deux sortes de ballons, quelquefois on active le travail avec l'écarteur Tarnier.

Si, après examen de la parturiente, il est reconnu que l'accouchement spontané non seulement est impossible, mais qu'une application de forceps ou une version n'auront aucune chance de succès, on pratique l'opération césarienne conservatrice, et ceci avant tout début de travail : on a d'autant plus de chances de réussite que l'on opère à un moment plus rapproché du travail. Attendre le travail n'empêche pas le succès de l'intervention, mais c'est risquer la rupture prématurée des membranes et la procidence du cordon ; toujours on pratique l'opération césarienne conservatrice, jamais il n'a été donné chez les femmes qui sont redevenues enceintes de constater un accident quelconque.

Je ne puis mieux faire pour indiquer la technique suivie par mon maître M. le D^{r} Bar, que de transcrire le résumé de sa méthode que nous trouvons dans sa

leçon sur la section césarienne, dont il a bien voulu nous communiquer les épreuves (1).

« L'opération césarienne conservatrice peut être pra-
« tiquée avant l'entrée de la femme en travail ; étant don-
« nés les avantages qu'il y a à ne pas opérer d'urgence,
« et la série de faits que je vous ai rapportés, dans les-
« quels l'intervention n'a été traversée par aucun acci-
« dent d'atonie, je crois que ce mode d'intervention
« doit être préconisé. »

« Dès le début de l'opération, on fera sous la peau
« une injection de 15 gouttes de la solution d'ergotinine
« Tanret. L'incision de la paroi abdominale sera élevée ;
« la moitié au moins de l'incision étant située au-dessus
« de l'ombilic. »

« L'utérus ne sera pas attiré au dehors avant d'être
« sectionné. L'application d'un lien élastique avant l'inci-
« sion est plus nuisible qu'utile. »

« L'incision de l'utérus ne doit pas porter sur le
« segment inférieur; elle sera longitudinale, aussi
« élevée que possible, atteignant, si cela est nécessaire,
« le fond de l'organe.

« L'incision sera faite rapidement et en deux temps :
« 1° ponction de l'utérus : 2° section de la paroi et du
« placenta sur le doigt introduit dans la cavité de l'œuf
« et servant de guide. »

« L'extraction du fœtus sera faite rapidement, l'enfant
« étant saisi par les pieds. »

« La délivrance sera pratiquée vivement ; puis l'uté-

(1) Bar. *Leçons de Pathologie obstétricale*, 1900.

« rus attiré au dehors, vidé des caillots qu'il contient, « sera bourré de gaze iodoformée en allant de bas en « haut. »

« Il ne faudrait user de la constriction du col avant « de placer les sutures que s'il y avait nécessité absolue. « Mieux vaut arrêter le sang en faisant saisir et compri- « mer par les doigts d'un aide les ligaments larges. »

« Les sutures utérines seront rapidement placées. « Le fil de soie est préférable. Les sutures en plusieurs « étages sont inutiles; ces sutures seront profondes, sai- « sissant toute l'épaisseur de la paroi musculaire; dix « sutures environ suffiront. On terminera en plaçant des « sutures superficielles, s'il est nécessaire. Pour le reste « de l'opération, la section césarienne ne diffère pas des « autres laparotomies. »

« L'opération terminée, on attire dans le vagin le chef « de la bande de gaze iodoformée qui est restée dans « l'utérus.

« Cette bande est graduellement retirée dans les « jours qui suivent. »

« L'opération doit être faite aussi rapidement que possible (danger de shock) avec une assistance (un seul aide) réduite au minimum (risques d'infection). »

II. **Si le travail est commencé**, la conduite se modifie : ou les membranes sont intactes et bombent dans le vagin ; si la femme a été dans le service, si elle a pu y être entourée de tous les soins d'asepsie que l'on y prend, si elle n'a pas de température, l'opération césarienne est indiquée. Si les membranes sont rompues, si la femme vient du dehors et qu'on ait des

doutes sur les manœuvres qui ont pu être faites avant son entrée dans le service, on pratique soit la version, soit l'application du forceps. Si la femme est primipare, si elle a perdu les eaux depuis longtemps, si la tête est fixée, la rétraction du segment inférieur et de l'anneau de Bandl, les parties fœtales collées pour ainsi dire à l'utérus rendraient une version extrêmement difficultueuse ; on applique le forceps.

Si la femme est multipare, si la poche des eaux est intacte ou rompue depuis peu, si la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, on pratique la version ; il s'entend que, s'il y a procidence du cordon, on réduit d'abord celle-ci, qui met la vie du fœtus en danger.

La version sera de mise dans tous les cas alors, comme moyen opératoire convenant également aux deux dystocies réunies.

Dans tous les cas où les membranes sont intactes, où l'enfant est vivant, la mère en bonne santé, M. le Dr Bar préfère l'opération césarienne à la symphyséotomie, tout en étant loin de considérer l'opération césarienne comme une opération bénigne. On ne pratique la symphyséotomie dans le service que lorsque les membranes sont rompues depuis longtemps, lorsque le forceps a échoué et si la femme et l'enfant sont sains. Cependant dans tous les cas, si un bassin mesure dans son diamètre promonto-pubien minimum moins de 6 centimètres, on a recours à la section césarienne.

Mais si l'enfant souffre ; s'il rend du méconium, si les bruits du cœur deviennent sourds, se ralentissent, à quoi bon tenter une symphyséotomie ou une laparotomie? La

vie de la mère intéresse l'accoucheur plus alors que celle plus ou moins problématique d'un enfant déjà en état d'infériorité physiologique évidente.

De même si la femme est infectée préalablement : on tente le forceps, la version; en cas d'échec, on n'hésite pas à recourir à l'embryotomie, l'enfant fût-il même encore vivant; ceci tout en restant ennemis de l'embryotomie sur l'enfant vivant.

CHAPITRE II

Telle est la conduite suivie à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine : pour voir en quoi elle diffère des autres méthodes, analysons les rapports qui ont été présentés au Congrès d'Amsterdam pour répondre à la question suivante.

« Indication de l'opération césarienne en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie, et de l'accouchement prématuré artificiel ? »

Ces rapports furent présentés par MM. les professeurs Pinard, Pestalozza, Leopold et Barnes : ils représentent leur conduite dans leurs services respectifs : nous aurons ainsi la connaissance des méthodes suivies dans les différents pays.

M. le professeur Pinard a brillamment exposé à Amsterdam, en des termes concis, sa méthode ; je ne puis mieux faire que de transcrire ses conclusions (1).

« Dans la thérapeutique des viciations pelviennes « doivent disparaître :

« 1° L'accouchement prématuré artificiel.

---

(1) Pinard, *Indication de l'opération césarienne considérée en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel.* Rapport au Congrès d'Amsterdam. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, XXVI, t. LII, août-septembre 1899, p. 101.

« 2° Toute opération (forceps, version, etc.,) « impliquant la lutte de la tête fœtale contre une « résistance osseuse du bassin siégeant soit au détroit « supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit « inférieur. »

« 3° L'embryotomie sur l'enfant vivant.

« Pendant le travail : deux dangers doivent être « évités :

« (1) La longueur du travail ;

« (2) L'infection.

« L'obstétrique opératoire doit comprendre dans les rétrécissements du bassin :

« (1) L'agrandissement momentané du bassin par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, et coccygotomie ;

« (2) L'opération césarienne conservatrice ou suivie de l'hystérectomie ou partielle ou totale ;

« (3) L'embryotomie sur l'enfant mort.

« A l'heure actuelle, M. le professeur Pinard ajoute : « En raison de ce que nous a appris l'expérience, deux « interventions seulement peuvent et doivent être « discutées : l'agrandissement momentané du bassin ou « l'opération césarienne (1). »

M. le professeur Pinard rejette l'embryotomie sur l'enfant vivant, ainsi que la version et le forceps : « Je ne puis admettre », dit-il, « qu'on discute l'opportunité « d'une intervention en se basant sur la valeur morale « ou sociale de la vie de la mère ou de celle de l'enfant.

---

(1) *Loco citato*, p. 99.

« Si l'on entre dans cette voie, si l'on est logique, on « aboutit fatalement à la disparition de l'espèce. Or je « suis l'ennemi de l'individualisme : Pour moi, les « conditions du milieu hygiénique ou social ne doivent « pas avoir plus d'influence sur le choix d'une inter- « vention que le nombre des naissances dans un pays ne « doivent légitimer les opérations fœticides (1). »

En outre, M. le professeur Pinard préfère pour sa part la symphyséotomie à l'opération césarienne : il en explique les raisons dans les lignes qui suivent (2) :

« La symphyséotomie ne peut être pratiquée au « début du travail : elle n'est qu'une opération prépara- « toire que suit le plus souvent l'extraction à travers « les parties molles, non dilatées; je reconnais ces « inconvénients et ne les nie point. Mais l'avantage « immense de ne point ouvrir la cavité abdominale me « fait donner sans hésitation la préférence à la symphy- « séotomie dans tous les cas où elle peut être pratiquée : « je suis absolument convaincu que pratiquée chez les « femmes non infectées, la symphyséotomie fait courir « moins de danger que l'opération césarienne ».

Dans son rapport, le professeur Pestalozza (3) divise les interventions pratiquées en cas de viciation pelvienne en trois catégories :

---

(1) *Loco citato*, p. 98 et 99.

(2) *Loco citato*, p. 100.

(3) *Delle indicazioni del taglio cesareo in rapporto con quelle della sinfisiotomia, della craniotomia, e del parto prematuro artificiale.* Conclusioni della relazione del Prof. E. Pestalozza di Firenze.

« I. Opérations qui se proposent de diminuer les dimensions du fœtus. »

« II. Opérations qui aboutissent à l'augmentation de « la capacité du bassin. »

« III. Opérations qui visent à éluder les conséquences « du rétrécissement en évitant le passage du fœtus au « travers du bassin. »

La réduction absolue du volume du fœtus se pratique par l'embryotomie, l'accouchement provoqué : l'avortement provoqué n'est plus employé, ni le traitement diététique.

La réduction relative s'obtient par le forceps, la version, ou quelquefois par les forces seules de la nature.

Dans la deuxième série des opérations, se rangent la symphyséotomie, l'ischio-pubiotomie, la position de Walcher.

Dans la troisième, il n'y en a qu'une, c'est la césarienne.

Pestalozza n'est pas partisan de l'embryotomie sur l'enfant vivant, mais il reconnaît qu'on doit la considérer encore comme une nécessité douloureuse.

Les conditions cliniques, dans lesquelles l'intervention peut être nécessitée, sont de trois ordres différents pour Pestalozza :

1° Femme et enfant sains ;

2° Femme saine et enfant souffrant ou mort ;

3° Femme souffrante et enfant sain, souffrant ou mort.

Pestalozza parle d'abord de l'accouchement préma-

turé : voici le résumé de ses conclusions à ce sujet (1).

I. L'accouchement provoqué est une opération encore importante en obstétrique, mais qui, avec une prudente expectation armée, va en diminuant de fréquence.

II. Elle n'est pas dangereuse pour la mère.

III. Elle l'est pour l'enfant : immédiatement, par les interventions dont on doit la faire suivre souvent, version et extraction ; prochainement par la débilité que présente souvent un enfant avant terme. Pour Pestalozza, un enfant mis ainsi au monde avant la 2e quinzaine du 8e mois a peu de chance de vivre.

IV. Il découle de ce fait qu'on ne provoquera l'accouchement que lorsque le diamètre promonto-pubien minimum ne sera pas inférieur à 75mm pour les bassins aplatis, à 80mm pour les bassins généralement rétrécis.

V. L'opération s'est perfectionnée par l'emploi des ballons, de la position de Walcher dans la seconde période : Pestalozza insiste sur l'importance qu'il y a à éviter la rupture prématurée de la poche des eaux.

VI. L'accoucheur de Florence intervient par l'accouchement provoqué de préférence chez les primipares ; quelquefois chez les multipares ayant déjà subi auparavant soit la symphyséotomie, soit l'opération césarienne.

VII. C'est une opération de clientèle surtout, par sa facilité, mais le grave écueil est qu'on la provoque souvent trop loin du terme.

Pour qu'on puisse pratiquer une symphyséotomie,

---

(1) *Loco citato*, p. 11.

Pestalozza (1) dit qu'il faut que le diamètre promonto-pubien minimum ne mesure pas moins de 70^{mm}. « Un tel « bassin atteint 83^{mm} par la seule projection en avant des « pubis séparés, et 85^{mm} si l'on tient compte de l'abaisse- « ment des pubis. » Au delà il est dangereux, mais non pas impossible de la pratiquer : Pestalozza approuve la symphyséotomie au-dessus de 85^{mm} si la tête est très grosse.

« La limitation aux multipares n'est pas toutefois à « accepter dans un sens absolu. Les parties molles ne « sont pas toujours si faciles à déchirer ; on peut d'ailleurs « les préparer par le colpeurynter. »

« La symphyséotomie », dit Pestalozza, bien qu'elle « ne soit pas une de ces plus graves opérations qui « réclament presque d'une façon absolue un local exprès « d'opération, entraîne toutefois des dangers et implique « des responsabilités qui ne se limitent pas toujours au « succès immédiat : et bien confiant que le médecin « sera dans son habileté opératoire, difficilement il se « décidéra à pratiquer la symphyséotomie dans sa « clientèle privée (2) ».

Au-dessous de 70^{mm}, deux opérations seules sont en présence : La césarienne et l'embryotomie : on doit évidemment préférer la première : « Au-dessous de 7, dit Pestalozza, l'opération césarienne trouvera une indication absolue ; au-dessus de 7 on ne parlera plus que d'une indication relative (3). »

---

(1) *Loco citato*, p. 12.
(2) *Loco citato*, p. 13-14.
(3) *Loco citato*, p. 14.

Mais ajoute le rapporteur : C'est une opération grave que la césarienne, surtout, en clientèle privée, et il se demande si alors on ne doit pas lui préférer l'embryotomie : en clientèle, pour lui, oui. Mais cette opération destructive est difficile au-dessous de 6, et au-dessous de 5 *a fortiori :* l'indication de l'opération césarienne redevient absolue dans tous les cas.

Entre 70-80^{mm}, l'opération césarienne vient se mettre en regard de la symphyséotomie ; le tout dépend de la primi- ou de la multiparité. « Quant à nous, » dit Pestalozza, « nous reconnaissons à l'opération césa-« rienne l'avantage d'être une opération typique et l'in-« convénient de réclamer l'ouverture de la cavité péri-« tonéale. Le choix entre l'opération césarienne conser-« vatrice et l'opération de Porro doit se résoudre, en « thèse générale, à la faveur de la première, à moins « qu'il n'existe une indication particulière à l'amputation « de l'utérus. Parmi les modifications les plus récentes « à la technique de l'opération césarienne, une surtout « mérite une certaine attention, c'est l'incision sur le « fond de l'utérus, soit transversale, soit longitudi-« nale (1). »

Quant à l'embryotomie en ville, Pestalozza est d'avis qu'on sera obligé d'y recourir de préférence aux deux opérations sanglantes ; à 7 ou au-dessus, « l'accou-« cheur a l'habitude de faire quelque essai prudent « d'extraction, qui, s'il n'est pas couronné par le succès, « dégage la responsabilité de l'opérateur et, en plaçant

(1) *Loco citato*, p. 15.

« le fœtus dans des conditions de souffrance, justifie « l'embryotomie (1). »

Au-dessous de 70^{mm}, l'embryotomie s'impose. Pestalozza fait remarquer qu'il faut surtout perfectionner et encourager l'hospitalisation des femmes pour arriver à éviter les opérations destructives.

Si la femme est saine et que l'enfant souffre, Pestalozza considère que « l'enfant souffrant équivaut à l'enfant mort (2). » L'embryotomie est indiquée ; on pourra toutefois, au-dessus de 70^{mm}, essayer une application de forceps ou une version.

Lorsque la femme souffre d'une façon quelconque (fièvre, albuminurie, hématurie, œdèmes, éclampsie), l'accouchement provoqué reprend ses droits. Mais il faut proscrire les opérations sanglantes ; on tentera tous les moyens ; en cas d'échec, l'embryotomie s'impose.

Voyons maintenant quelles sont les idées exprimées par le professeur Leopold dans son rapport à Amsterdam (3).

« Il faut », dit-il, « accepter trois degrés de rétrécissement pelvien : »

« (1) Le diamètre antéro-postérieur (promonto-pubien minimum) dépasse 7 centimètres dans les bassins aplatis simples ou rachitiques, 7 centimètres et demi dans les bassins généralement rétrécis.

---

(1) *Loco citato*, p. 15.

(2) *Loco citato*, p. 16.

(3) Troisième Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique, *Presse médicale*, n° 65, 1899.

« (2) Le diamètre antéro-postérieur est au-dessous de 7 cm. 5 mais dépasse 6.

« (3) Le diamètre antéro-postérieur est au-dessous de 6 centimètres. »

Dans le premier groupe, les primipares ont généralement un assez bon accouchement; la conduite à tenir est de conserver la poche des eaux et d'attendre : il ne faut jamais faire aucune opération en raison du rétrécissement : si les eaux se sont écoulées, on peut appliquer un kolpeurynter, on peut favoriser l'engagement de la tête en plaçant la femme dans la position dite de Walcher.

Si la tête ne s'engage pas, Léopold agit de deux façons différentes, selon qu'il s'agit d'une femme à la Clinique, ou d'une parturiente de la clientèle courante : à l'hôpital, l'opération césarienne est pratiquée si les autres moyens ont échoué; en ville, c'est à la craniotomie qu'il faut recourir.

Au point de vue de l'embryotomie, voilà comment s'exprime M. le professeur Leopold : « Quoique M. Pinard ait émis l'opinion » « qu'il ne faut jamais faire l'embryo-« tomie sur l'enfant vivant » et « que l'embryotomie sur « l'enfant vivant a vécu », « tout en rendant hommage « au point de vue idéal de l'illustre accoucheur français, « je partage l'opinion de M. Charles (de Liège), qu'il « n'est pas aisé d'appliquer ces règles. Sans doute, il « faut éviter autant que possible la perforation de l'en-« fant vivant et la remplacer par une opération inoffen-« sive pour l'enfant, mais dans les cas difficiles traités « à domicile, la craniotomie, qui sauve la mère, est de

« beaucoup préférable à la symphyséotomie ou à l'opé-
« ration césarienne (1), qui causent une mortalité mater-
« nelle considérable. »

En ce qui concerne le second groupe, si l'enfant est mort, pas d'hésitation, la craniotomie s'impose; de même quand l'enfant souffre ou que la mère est en état d'infériorité physiologique. Quand la mère et l'enfant se portent bien, dans une clinique, on peut pratiquer la symphyséotomie ou la section césarienne. M. le professeur Leopold préfère la césarienne. Dans le troisième groupe de bassins, une seule opération est indiquée, c'est l'opération césarienne.

M. Fancourt Barnes (de Londres) n'est pas partisan de la symphyséotomie : « Elle n'est indiquée, dit-il, que « dans les cas où le bassin n'est pas trop vicié. » Quand on applique le forceps, la dilatation ultérieure du bassin n'est pas à prévoir. Les lésions des parties molles ne peuvent être contrôlées par l'opérateur. On ne peut considérer l'opération comme une opération définitive (2). Ce qui fait préférer à M. le professeur Barnes l'opération césarienne, c'est la mortalité tant maternelle que fœtale obtenue par la symphyséotomie.

Pour lui, l'opération césarienne reste la méthode de choix. M. le professeur Barnes n'apporte pas de statistiques à l'appui. « Pendant les dix dernières années », dit-il, « l'opération césarienne ne fut faite aucune fois « sur 40 000 cas d'accouchements dans la Royal Univer-

---

(1) *Loco citato*, 91.
(2) *Presse médicale*, n° 66, 1899.

« sity Charity à Londres. La cause est la fréquence mi-
« nime des viciations pelviennes à Londres, sans doute
« due aux conditions hygiéniques assez bonnes et tou-
« jours améliorées de la population pauvre de la capi-
« tale. De ces 40 000 accouchements, 228 (5 %) des
« cas furent terminés par une application de forceps.
« Des 228 mères, il en mourut une. La version fut faite
« dans 52 cas, une mère mourut. La craniotomie fut
« exécutée seulement 14 fois (1) ».

Les conclusions de M. le professeur Barnes sont les suivantes :

« Je pense que la symphyséotomie n'a pas prouvé sa
« raison d'être, et je ne peux m'empêcher de croire que
« les éminents accoucheurs qui ont fait son éloge
« l'abandonneront dans l'avenir.

« L'accouchement prématuré artificiel aura, dans cer-
« taines limites, toujours une place attitrée et utile entre
« les opérations obstétricales.

« Nous sommes forcés, après une étude attentive des
« dernières publications sur l'opération césarienne, de
« convenir qu'elle est une opération scientifique et jus-
« tifiée, et qu'elle sera exécutée à l'avenir grâce aux
« progrès de la science obstétricale, dans beaucoup plus
« de cas qu'autrefois (2) ».

Les rapports présentés au Congrès d'Amsterdam synthétisent deux grandes méthodes en matière d'intervention dans les viciations pelviennes : la première, appli-

(1) *Presse médicale*, n° 66, 1899, p. 99.
(2) *Loco citato*, p. 99.

quée avec succès par M. le professeur Pinard, se caractérise en ce qu'elle évite toute intervention capable de léser en quoi que ce soit le fœtus ou la mère. L'opération de choix est la symphyséotomie. Les partisans de la seconde école, à laquelle se ralliait déjà M. le professeur Tarnier, et dont font partie MM. les professeurs Pestalozza, Leopold, Barnes et M. le docteur Bar, mettent en première ligne la sauvegarde de la mère en reconnaissant qu'il y a malheureusement des cas où l'enfant devra être sacrifié.

CHAPITRE III

Voyons, maintenant que nous connaissons les deux grandes méthodes qui se partagent le traitement des viciations pelviennes, quels ont été les résultats obtenus par leur application. Nous pourrons ensuite les comparer plus judicieusement.

Du mois de mai 1897, date de l'ouverture de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine jusqu'au 1er janvier 1900, nous avons relevé dans le service 186 cas de rétrécissement pelvien. De ce nombre, nous avons défalqué 6 cas où l'enfant vint au monde mort et macéré (1). En outre, dans 2 cas, la femme fit un avortement (2). Nous ne tiendrons compte ni de ces derniers faits, ni de ceux énumérés ici-bas qui sont au nombre de 12 (3).

Il reste donc à considérer 166 cas où le bassin était purement vicié par le rachitisme. Plus tard, nous verrons que M. le professeur Pinard ne considère comme

---

(1) A. 676, B. 302, B. 1127, C. 1063, C. 1091 et C. 1286.

(2) C. 431 (avortement de dix semaines) et A. 554 (avortement de huit semaines).

(3) 4 luxations congénitales de la hanche, A. 200 et A. 554, B. 334, B. 1256.

3 Coxalgies, B. 55, B. 53 et C. 38.

Deux cyphoses, A. 734, B. 897.

Deux cas de spondylolisthésis. B. 868, C. 1476.

Un bassin scoliotique non mesuré et à peine vicié.

rétrécis que les bassins dont le diamètre promonto-pubien minimum mesure 95 millimètres ou moins. C'est afin de conserver une uniformité entière que dans le tableau II nous avons divisé la classe des bassins allant de 100-96 millimètres en deux catégories : la première comprend les cas où le promonto-pubien minimum mesure de 100-96 millimètres, la seconde ceux où il mesure de 95-91 millimètres : la première rangée transversale du tableau II comprend la totalisation de ces deux subdivisions.

Voyons d'abord la fréquence des cas où l'on a provoqué l'accouchement (tableau II). Sur le total de 92 cas que comporte la classe allant de 100-91 millimètres, on compte 6 accouchements provoqués soit 6,52 % en proportion (1).

Tous les enfants naquirent et sortirent vivants. On voit par là combien la provocation de l'accouchement a été bénigne. L'on peut objecter que ces femmes seraient peut-être accouchées spontanément.

Mais si l'on examine les observations relatives à ces femmes, on voit que la tête du fœtus n'était pas engagée à 8 mois et demi (époque moyenne où furent provoqués tous les accouchements). D'autre part, une de ces femmes, multipare, avait déjà à son premier accouchement subi une application de forceps. Ces considé-

---

(1) A. 351. Poids 2860 enfant et mère vivants.
A. 595. — 2900 —
A. 839. — 3050 —
B. 781. — 2600 —
C. 320. — 2680 —
C. 477. — 2680 —

rations étaient suffisantes pour ne pas faire courir à ces femmes les risques d'un accouchement à terme.

Dans la classe, où le diamètre promonto-pubien minimum mesurait de 81-90^{mm}, sur 63 cas, on provoqua 12 fois l'accouchement, soit 19,04 °/₀ en proportion (1). Sur ce nombre, on comptait 6 primipares dont 2 seulement accouchèrent d'enfants pesant plus de 3000 grammes : les enfants naquirent et sortirent vivants : une primipare subit une version (la tête ne s'était pas engagée), une autre accoucha à l'aide du forceps. Les multipares accouchèrent toutes spontanément, sauf une, chez qui on termina l'accouchement par une version.

Le seul enfant qui succomba était celui d'une femme dont les membranes s'étaient rompues prématurément.

Dans le cas A. 813, il y avait hydramnios : on songea à un gros fœtus. La mère n'avait eu qu'un accouchement spontané, celui de son premier enfant. Puis, on provoqua l'accouchement dans les deux grossesses ultérieures (présentation du siège) : la dernière de ces interventions se termina par une application de forceps sur la tête dernière. Le diagnostic de gros enfant se vérifia par la naissance d'un enfant de 4 230 grammes.

En résumé, le résultat final fut satisfaisant, la mortalité infantile ne fut que de 8,33 °/₀.

Dans la classe des bassins mesurant de 71-80^{mm}, on n'eût l'occasion de provoquer l'accouchement que 3 fois, soit 33,33 °/₀ en proportion (2).

---

(1) A. 127, A. 813, B. 241, B. 254, B. 840, B. 901, B. 1248, C. 243, C. 278, C. 481, C. 1270 et C. 1463.

(2) B. 451, B. 911 et C. 500.

Les résultats ne furent pas favorables; en effet, dans un cas il s'agissait d'une grossesse gémellaire : les deux enfants furent extraits par la version et succombèrent quelques minutes après. Dans un autre cas, on fit la version : il s'agissait d'une femme qui était à sa 7e grossesse; la 1re de ces grossesses se termina par une embryotomie; les trois suivantes nécessitèrent chaque fois la symphyséotomie; puis, on provoqua avec succès l'accouchement de son 6e enfant : c'est ce qui encouragea à agir de même pour le 7e qui naquit et sortit vivant.

Reste un dernier cas, où le promonto-pubien minimum mesurait 75mm ; on provoqua l'accouchement et l'on pratiqua la symphyséotomie avec succès complet.

L'analyse de ces faits montre que les résultats sont d'autant moins bons qu'on intervient dans des bassins plus rétrécis ; les mauvais résultats obtenus dans les bassins de 71-80 millimètres ont réglé la conduite suivie maintenant dans le service, conduite qui consiste à ne plus tenter la provocation de l'accouchement dans cette variété de bassins.

Voyons maintenant le nombre d'accouchements spontanés observés à l'hôpital Saint-Antoine. En consultant le tableau n° 1, nous voyons que dans la classe allant de 91-100mm, la proportion d'accouchements spontanés à terme est de 81/86, soit 94,18 %; elle tombe dans les bassins de 81-90 à 32/51, soit 62,74 %.

Enfin, nous tombons dans les bassins de 71-80 millimètres à 1/6, soit 16, 66 et à % au-dessous de

71^{mm}. Ces proportions montrent clairement que les chances d'accouchement spontané sont en raison directe des dimensions du diamètre promonto-pubien minimum. De même, plus le bassin est retréci, plus le nombre d'interventions va en croissant.

En ce qui concerne les accouchements à terme, dans la classe des bassins mesurant de 91-100^{mm} : on a pratiqué 6 interventions qui se décomposent en deux applications de forceps et en 4 versions (1).

La première application de forceps concernait une primipare âgée de 33 ans qui mourut : nous verrons son observation plus loin. L'enfant succomba 12 jours après la naissance, d'infection. Dans le second cas, il s'agissait d'une femme présentant une cypho-scoliose d'origine rachitique, chez qui la rotation ne se faisait pas; l'enfant naquit et sortit vivant.

En ce qui concerne les versions, deux enfants succombèrent, le premier à la suite d'une procidence du cordon; le second, qui avait souffert pendant le travail, succomba 3 heures après. Les deux autres versions fournirent deux enfants vivants : l'une fut pratiquée pour le 2^{e} enfant d'une grossesse gémellaire. Parmi les 51 accouchements à terme de la classe allant de 81-90 millimètres, on compte 20 interventions : 5 applications de forceps (2) qui ne donnèrent qu'un enfant mort après la naissance; il s'agissait d'une femme ayant perdu les

(1) *Applications de forceps*, A. 133, B. 1086. Versions, A. 380, A. 671, B. 1122 et C. 166.

(2) A. 804, B. 246, B. 298, B. 1123 et C. 1320.

eaux depuis 5 jours et présentant une température de 38°4 et des accès d'éclampsie. Les autres enfants naquirent et sortirent vivants.

Le numéro A. 804 présentait un aplatissement considérable du côté gauche du crâne et un chevauchement très marqué du pariétal droit sur le gauche ; le numéro B. 246 du poids de 3850 grammes naquit avec une paralysie faciale droite ; les deux autres enfants naquirent en parfait état ; la mère du second avait subi à son premier accouchement une symphyséotomie avec succès.

Sur les 10 versions qui furent pratiquées, nous ne trouvons d'intéressant que le cas C. 51 : la femme à sa 1re grossesse avait subi une symphyséotomie.

Un seul enfant mourut après la naissance (1).

On pratiqua deux embryotomies (2). Dans le premier cas, on avait tenté une application de forceps en ville ; dans le second, on pratiqua la version, mais l'on dût faire la craniotomie sur la tête dernière ; l'enfant pesait 3800 grammes sans la substance cérébrale.

Nous trouvons l'observation des deux symphyséotomies faites dans la classe des bassins qui nous occupent, dans le mémoire de M. le Dr Bar paru dans *l'Obstétrique* (3) aux numéros 14 et 22 de la statistique annexée à ce mémoire.

---

(1) B. 318, B. 339, B, 581, B. 596, B. 639. B. 1191, C. 17, C. 51, C. 452, C. 1290.

(2) A. I. et B. 1191.

(3) P. Bar. La symphyséotomie, ses résultats immédiats et éloignés; ses indications relatives par rapport à la section césarienne. (*L'Obstétrique*), n° 4, juillet 1899.

La femme Ch.... (n° 14) avait eu spontanément deux enfants à terme et vivants, le bassin mesurait 89^{mm} (promonto-pubien minimum). On tenta, mais en vain, une application de forceps ; la symphyséotomie fut pratiquée, une très grave hémorrhagie des vaisseaux paravulvaires variqueux se déclara, l'enfant fut extrait en état de mort apparente, mais il fut vite ranimé ; la malade eut quelques vomissements porracés et de l'incontinence d'urine ; le 11^{e} jour se produisit une rupture accidentelle de l'urèthre au cours du cathétérisme. La malade quitta Saint-Antoine un mois après ; elle fut revue en 1899 présentant une légère cystocèle. Une opération césarienne en outre fut pratiquée avec succès complet (1) dans la classe des bassins qui nous occupe. La 1re grossesse de la femme ainsi que la 2^{e} s'étaient terminées par la version : dans les deux cas l'enfant naquit mort.

Enfin, parmi les bassins mesurant de 71 - 80^{mm}, un seul permit l'accouchement spontané : deux fois on fit la symphyséotomie (2). Les observations relatives à ces deux cas se trouvent aussi dans le journal *l'Obstétrique*, sous les numéros 15 et 16. La première des femmes sortit de l'hôpital avec une incontinence d'urine rebelle ; elle présentait de plus une grande gêne dans la marche ; elle avait d'ailleurs déjà subi une symphyséotomie auparavant ; la seconde malade, qui avait subi déjà deux sections symphysiennes, sortit de l'hôpital en parfait

(1) C. 1456.
(2) A. 557 et A. 720.

état ; une troisième symphyséotomie fut faite après accouchement provoqué, avec succès (1).

En outre, on pratiqua deux fois l'opération césarienne avec succès (2) dans des cas où le diamètre promonto-pubien minimum mesurait 80^{mm}.

Si nous considérons maintenant les résultats au point de vue de la mortalité fœtale, on voit que 7 enfants sont morts pendant le travail, soit 4,14 °/$_0$ en proportion (3). Sur ce nombre, deux seulement au cours d'un accouchement spontané.

Seize enfants (soit 9,48 °/$_0$) sont morts après la naissance (4).

Une seule mère est morte, soit 0,60 °/$_0$. C'était une primipare âgée de 33 ans qui était à terme ; les membranes se rompirent le 13 octobre 1898, à minuit : la dilatation fut complète à 11 h. 50 du matin le 15 ; on appliqua à midi 30 un forceps au détroit supérieur, il se produisit une rupture de la symphyse pubienne et une déchirure du vagin qu'on sutura en surjet au catgut. La malade mourut le 19 octobre d'infection : l'enfant né en état de mort fut ranimé, il pesait 3 100 grammes et il succomba le 27 octobre.

---

(1) B. 451.
(2) A. 598, C. 309.
(3) A. 310, A. 380, A. 392, B. 318, B. 405, B. 1191, C. 371.
(4) A. 121, A. 456, A. 615, A. 671, A. 879, B. 298, B. 745, B. 911, B. 1229 (grossesse gémellaire), C. 640, C. 1062, C. 1086, C. 1270, C. 1290 C. 1396.

CHAPITRE IV

On a vu par ce qui précède les résultats obtenus à l'hôpital Saint-Antoine. Le seul moyen de savoir si l'on doit en être satisfait consistait à rechercher dans la bibliographie obstétricale des éléments susceptibles de fournir un terrain de comparaison.

Ces documents ne sont pas nombreux, nous n'avons pu en trouver que trois ; l'un concernant la Clinique de M. le professeur Pinard ; un autre, émanant de la Clinique du professeur Rosthorn, à Prague ; enfin, un troisième, résumant la conduite tenue à la Maternité de Baltimore (1).

Nous commencerons par l'étude du mémoire de M. le Dr Knapp, chef de clinique à la Maternité de Prague (2).

Ce travail porte sur 105 bassins rétrécis : nous avons éliminé 8 cas où la viciation était due à des déformations non rachitiques de la colonne vertébrale et 8 cas où il s'agissait d'ostéomalacie. Un bassin en outre ne porte pas mention de mesure ; nous l'avons défalqué.

---

(1) Tous ces travaux ont été analysés et résumés en des tableaux selon une méthode uniforme qui est celle employée pour la statistique de l'hôpital Saint-Antoine (tableau 2).

(2) Aus der deutschen geburtshülfli. Universitätsklinik in Prag. Bericht über 105 Geburten bei engem Becken aus den Jahren 1891-95 von Ludwig Knapp ; *Archiv. für Gynæcologie*, t. LI, pp. 483-585.

Restent donc 88 bassins, soit simplement aplatis, soit généralement rétrécis (1), dont l'étude a permis d'édifier le tableau n° III.

A première vue, ce qui frappe en examinant ce tableau, c'est le nombre considérable d'interventions, telles qu'applications de forceps et versions.

La première de ces opérations fut pratiquée 17 fois (2). Si nous analysons les observations relatives à ces cas, nous voyons que toujours l'intervention fut indiquée, soit par l'état de souffrance de l'enfant, soit par l'état fébrile de la mère, soit par la crainte d'une rupture utérine.

Deux enfants succombèrent : l'un pendant le travail. On constata à l'autopsie une rupture des sutures du crâne causée par le forceps ; l'autre naquit en état de mort apparente et ne put être ranimé. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'une femme épuisée par le travail, se cyanosant, et dont le fœtus n'avait pas le sommet engagé : on appliqua le forceps au détroit supérieur. Comme la délivrance n'était pas encore effectuée après 2 heures de temps, et que par la méthode de Crédé on n'obtenait aucun résultat, la main fut introduite dans le vagin et l'on constata une déchirure de la paroi antérieure du

---

(1) M. le Dr Knapp distingue comme c'est l'usage à l'étranger des bassins simplement aplatis (einfach platte Becken) et des bassins aplatis rachitiques (Rhachitisch platte Becken). En France, on ne fait pas cette distinction et l'on considère aussi comme étant d'origine rachitique les viciations de la première catégorie.

(2) N° 8, 3097. N° 14, 41. N° 32, 313. N° 35, 2429. N°41, 1357. N° 45, 2536. N° 54, 1861. N° 57, 3014. N° 58, 2564. N° 61, 435. N° 62, 1130. N° 70, 1536. N° 73, 2436. N° 76, 27. N° 78, 1040. N° 79, 1125. N° 81, 3125.

vagin se poursuivant jusque dans le parametrium; en suivant du doigt le cordon ombilical, on arrivait, par cette fissure, sur le placenta situé dans la cavité abdominale. Il fallut recourir à une amputation supravaginale de l'utérus qui fut couronnée de succès.

La mortalité fœtale est minime (11,75 %) dans ces cas en comparaison de celle que le Dr Knapp signale dans la pratique d'autres opérateurs (1).

Kézmàrzski	29,5 p. 100
Hecker.	26 —
Sutugin	18,8 —
Zweifel	17,1 —
Von Winckel	15 —
Leopold.	12 —

A Saint-Antoine, la proportion est de 25 %, mais le nombre des cas d'intervention par le forceps était bien plus restreint.

Knapp s'élève contre l'emploi fréquent dans les cliniques et surtout en ville du forceps au détroit supérieur et il déplore l'habitude que l'on a, à la Clinique, lorsque l'on va entreprendre une semblable intervention, de préparer en même temps les instruments nécessaires à une craniotomie.

« Le forceps, dit Knapp, ne doit pas servir à vaincre « le manque d'espace qui existe entre la tête du fœtus « et le bassin de la mère (l'expérience suffit à démon- « trer la triste issue qu'a cette pratique, pour la mère et « l'enfant); au contraire on ne doit appliquer le forceps

(1) Knapp. *Loco citato*, p. 568.

« que lorsque l'obstacle mécanique a été surmonté en « partie ou en totalité par les forces de la nature (1). »

Les deux observations que nous venons de relater suffisent à démontrer le bien-fondé des assertions du Dr Knapp.

Sur les 13 versions qui furent pratiquées (dont deux pour des jumeaux (2) trois enfants sont morts pendant le travail; deux après la naissance ; 4 de ces enfants sont ceux de femmes dont le bassin avait un diamètre promonto-pubien de 81 - 90 mm. Si l'on cherche quelle fut la cause de la mort des 5 enfants, on voit que deux fois ce fut une procidence du cordon. Dans le 3e cas (diamètre minimum de 83 mm), la version fut très pénible. A l'autopsie on constata une hémorrhagie méningée diffuse, de l'atélectasie pulmonaire, et des suffusions sanguines multiples dans le tissu cellulaire sous-cutané. Un autre enfant rendait déjà du méconium lorsqu'on pratiqua la version ; il naquit vivant mais succomba quelque temps après; sont autopsie révéla également des hémorrhagies multiples. On ne put enfin, dans le 5e cas, terminer la version sans qu'il se produisît un enfoncement de la région postérieure du crâne.

Tous ces faits montrent qu'on fut toujours obligé de déployer une grande force au moment de l'extraction; on peut supposer qu'il s'agissait là de cas d'urgence : C'est ce que semblent démontrer les poids des enfants

---

(1) Knapp. *Loco citato*, p. 566.

(2) N° 16, 170. N° 26, 2809. N° 27, 596. N° 28, 1840. N° 31, 3093. N° 46, 3274 (deux jumeaux) (N° 56, 2125), N° 67, 2718. N° 74, 2669. N° 77, 326. N° 80, 1561. N° 89, 1568.

qui étaient de 3o5o grammes, 3 160 grammes entre autres. L'accouchement provoqué à temps eût peut-être permis d'obtenir de meilleurs résultats.

En résumé, à la Clinique du professeur Rosthorn furent pratiquées 3o applications de forceps et versions sur un total de 88 femmes, soit 34,09 % en proportion. A la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, pour un nombre presque double de bassins rachitiques, on n'obtient qu'une proportion de 18,07 % d'interventions de ce genre, proportion moitié moindre à peu près.

Le grand facteur de la mortalité fœtale, dans la statistique qui nous occupe, est l'embryotomie qui fut pratiquée 7 fois sur l'enfant vivant (1) et 2 fois sur l'enfant mort (2). Toutes les embryotomies sur le fœtus vivant furent pratiquées dans l'intérêt de la mère et dans des cas où l'enfant était compromis. Les perforations sur l'enfant mort n'offrent rien de particulier, sauf que 4 d'entre elles furent pratiquées après version. Il est à supposer encore ici que le pronostic eût pu s'améliorer par la provocation de l'accouchement à temps.

Ce grand nombre d'opérations destructives est intéressant à comparer à la petite quantité d'embryotomies faites à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, et qui sont au nombre de deux.

---

(1) N° 2, 1752. N° 3, 2071. N° 10, 263. N° 19, 1335. N° 22, 2211. N° 48, 998. N° 93, 1441.

(2) N° 12, 1870. N° 20, 1779. N° 25, 2764. N° 29, 2338. N° 30, 2676. N° 36, 2578. N° 47, 269 (après version) N° 65, 3117 (après version). N° 66, 130 (après version). N° 68, 418. N° 75, 3630 (après version).

D'autre part, dans la pratique de la Maternité de Prague, on ne relève que deux accouchements provoqués. Restent donc 86 accouchements à terme.

En effet, on lit dans le Mémoire de Knapp — que l'expectation est de règle dans le service, tant que la mère et l'enfant ne courent aucun risque; il est probable que peu de femmes, d'autre part, viennent consulter pendant leur grossesse : c'est ce qui explique la fréquence des accouchements à terme et des interventions.

En outre, à l'époque où fut publié ce mémoire, on pratiquait peu la symphyséotomie : M. le professeur Rosthorn n'en pratiqua qu'une (1), l'enfant succomba après la naissance; le résultat pour la mère fut excellent. De même 4 opérations césariennes furent faites seulement pour viciations pelviennes rachitiques (2).

Deux des mères succombèrent, l'une d'embolie pulmonaire à la suite d'infection, l'autre de septicémie. Tous les enfants vécurent. Ces deux femmes avaient été amenées du dehors, présentant déjà de la fièvre : dans le premier cas seul, il y avait indication absolue, le diamètre promonto-pubien minimum ne mesurant que 50^{mm}; dans le second, l'indication était relative; la distance promonto-pubienne minimum était de 80^{mm}.

En examinant le tableau III, on voit que la mortalité maternelle totale atteint une proportion de 4, 54 %

(1) N° 55, 2772.
(2) N° 60, 1819. N° 71, 1598. N° 83, 229. N° 86, 670.

(4 femmes) ; si nous faisons abstraction des deux femmes mortes après section césarienne, il reste 2 cas où la mort fut le résultat de septicémie.

25 enfants sont morts pendant le travail, soit 28, 08 °/₀ : 3 sont morts après la naissance (3,37 °/₀), soit une mortalité infantile de 31, 45 °/₀.

Nous allons aborder maintenant l'analyse du Mémoire du professeur Whitridge Williams (1) (voir tableau IV). Si l'on consulte le tableau IV, on est surpris de la fréquence des bassins peu rétrécis, 63 de 90 à 100^{mm}, 31 de 80 à 90^{mm} et 4 de 70 à 80^{mm} ; de plus, on voit combien grande est la proportion d'accouchements spontanés dans les bassins mesurant de 81 à 90^{mm} : elle est de 64, 51 n'étant que de 61, 90 °/₀ dans la première catégorie. Ces proportions sont absolument inverses dans le tableau II (Maternité de Saint-Antoine), 92, 39 °/₀ dans la classe allant de 91 à 100, et 65,07 dans la classe allant de 81 à 90^{mm}. Et cependant à la Clinique du professeur Williams, on ne provoqua pas l'accouchement. Du moins il n'en est fait mention nulle part. On ne peut trouver dans le Mémoire qui nous occupe aucun élément permettant d'éclaircir ce point.

Le nombre des interventions pratiquées est de 38, se décomposant en 17 applications de forceps, 5 extractions, 12 versions, 3 embryotomies, 1 symphyséotomie, soit 38,77 °/₀, proportion supérieure à celle de l'hôpital

(1) Whitridge Williams. The frequency of contracted pelves in the first thousand women delivered in the obstetrical department of the Johns Hopkins Hospital. *From Obstetrics*, t. I, nos 5 et 6.

Saint-Antoine, qui n'était que de 25, 30 %, pour un nombre plus considérable de femmes. Ce fait ne doit pas étonner. M. le professeur Williams rapporte dans son Mémoire que les femmes de race noire constituent la majorité à la clinique et que leur bassin est la plupart du temps généralement rétréci. D'autre part, on attend le terme de la grossesse pour intervenir, et il est probable que les cas d'urgence sont fréquents. La mortalité fœtale fut de 18, 36 % : deux mères, soit 2, 04 %, succombèrent.

Nous abordons maintenant l'étude des résultats donnés par une pratique différente de celle que nous avons vue jusqu'ici. Elle consiste à attendre le terme de la grossesse ; puis, si le bassin ne permet pas le passage du fœtus, à élargir celui-ci par la symphyséotomie. Si cette dernière opération ne semble pas devoir réussir, c'est à l'opération césarienne que l'on a recours. Les intéressantes statistiques publiées par M. le professeur Pinard (1) qui applique brillamment cette technique, permettent de déterminer quels ont été les résultats obtenus (2).

On compte à la Clinique Baudelocque, pendant les années 1897 et 1898, 200 cas de viciations pelviennes.

---

(1) A. Pinard. *Clinique obstétricale*, Paris 1899, pp. 490-498. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, XXVI[e] année, t. LII, pp. 108-115.

(2) Nous rappelons que M. le professeur Pinard ne considère comme rétrécis que les bassins dont le diamètre promonto-pubien minimum mesure moins de 95 [mm].

De ce total, nous avons dû défalquer 54 cas, pour des raisons diverses (1).

Restent donc 146 cas où le rachitisme est seul en jeu. En consultant le tableau V, on voit que le nombre d'interventions pratiquées à la Clinique Baudelocque est de 27 soit 18,49 °/₀ en proportion : chiffre bien inférieur à celui de la Maternité de Saint-Antoine ; l'attente du terme de la grossesse pour intervenir, explique ce fait.

6 applications de forceps mirent au jour 6 enfants vivants (2), résultat bien meilleur que celui obtenu à l'hôpital Saint-Antoine où la mortalité à la suite d'applications de forceps fut de 25 °/₀. On exécuta à la Clinique Baudelocque 4 versions (3) ; un seul enfant mourut.

1897

(1) Bassins non mesurés : N^{os} 31, 45, 66, 67, 72 et 94.
(2) Bassins à promontoire accessible : N^{os} 4, 44, 48, 65, 73, 75, 82, 97.
(3) Bassins viciés par coxalgie : N^{os} 11, 17, 42, 77.
(4) Bassins mesurant plus de 11 ^{mm} : N^{os} 16 et 59.
(5) Bassin oblique ovalaire : N° 50.
(6) Cas où l'enfant était macéré : N° 58.
(7) Cyphoses (bassins non mesurés) : N^{os} 79, 87, 90.
(8) Cypho-scoliose : N° 84.
(9) Luxations de la hanche : N^{os} 85 et 86.

1898

(1) Bassins non mesurés : N^{os} 39, 67, 69.
(2) Bassins viciés par coxalgie : N^{os} 17, 22, 25, 35, 42, 49, 60, 61, 62 et 68.
(3) Bassin oblique ovalaire : N° 23.
(4) Enfant macéré : N° 1.
(5) Cyphoses (bassins non mesurés) : N^{os} 3, 15, 26, 63, 85, 86, 87, 88 et 89.
(6) Bassins asymétriques non mesurés : N^{os} 27 et 82.
(2) En 1897. N^{os} 46 et 64.
En 1898. N^{os} 18, 47, 58 et 100.
(3) En 1897. N^{os} 18 et 21.
En 1898. N^{os} 31 et 53.

Toutes les embryotomies, au nombre de 5, furent pratiquées sur l'enfant mort (1).

Nous ne nous arrêterons pas aux deux opérations suivantes qui sont une laparotomie faite *in extremis* pour rupture utérine (femme venue du dehors) et une hystérectomie abdominale totale pour utérus fibromateux (femme venue du dehors).

10 symphyséotomies furent pratiquées ; le résultat fut satisfaisant : un enfant succomba après la naissance. Tous les autres sortirent vivants de la Clinique (2). Une femme mourut.

La mortalité totale maternelle fut de 4,10 % (6 femmes) (3). Toutes ces femmes avaient été amenées du dehors au moment du travail, ce qui explique les mauvais résultats opératoires obtenus ; l'une atteinte d'éclampsie succomba après une application de forceps ; une femme, nous l'avons vu, subit dès son entrée une laparotomie pour rupture utérine ; elle fut opérée *in extremis* ; une hystérectomie abdominale totale pour utérus fibromateux eut également une issue fatale. Restent 3 malades. L'une succomba après une symphyséotomie, la seconde de septicémie, la troisième d'hémorrhagie causée par une insertion vicieuse du placenta ; on pratiqua la basiotripsie.

---

(1) En 1897. N^{os} 14, 21 et 74.
En 1898. N^{os} 8 et 84.
(2) En 1897. N^{os} 7, 20, 62, 71, 89 et 96.
En 1898. N^{os} 24, 28, 78 et 92.
(3) 1897. N^{os} 7, 10, 27 et 64.
En 1898. N^{os} 4 et 14.

13 enfants succombèrent pendant le travail (1), soit 8,90 °/₀, 5 après la naissance (2) soit, 3,42 °/₀ : parmi les derniers, l'un fut probablement étouffé par sa mère; un autre succomba le 20e jour après la symphyséotomie. Les 3 autres enfants étaient nés spontanément.

128 enfants naquirent et sortirent vivants de la Clinique, soit 85,67 °/₀ en proportion : chiffre sensiblement égal à celui observé à l'hôpital Saint-Antoine, 86,16 °/₀.

Si l'on cherche, maintenant que l'on connaît les résultats obtenus par l'emploi des diverses techniques, à les comparer, on voit (tableau VI) que la mortalité infantile a été considérable aux Cliniques de Prague et de Baltimore. Ce fait s'explique par le grand nombre d'opérations fœticides qui s'y pratiquent; d'autre part, on n'y intervient pas souvent par la symphyséotomie ou la section césarienne.

A la Clinique Baudelocque et à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, les résultats sont bien plus satisfaisants. Quant à la mortalité maternelle, elle se réduit (voir le tableau VI) à Saint-Antoine à o °/₀; en réalité, une femme a succombé (3).

On ne peut considérer comme la réalité la proportion atteinte à la Clinique Baudelocque en ce qui concerne la mortalité maternelle.; elle est due à un concours malheureux de circonstances indépendantes de la volonté de l'opérateur.

---

(1) 1897. Nos 14, 21, 38, 74 et 93.
En 1898. Nos 4, 8, 10, 14, 37, 53, 59 et 84.
(2) En 1897. N° 47.
En 1898. Nos 29, 78, 96 et 106.
(3) Voir la note annexée au tableau VI.

Malgré leurs nombreuses interventions, M. le professeur Williams et M. le professeur Knapp n'ont perdu respectivement que 2 (2,04 °/₀) et 4 (5,19 °/₀) femmes.

Il est probable que les bons résultats obtenus, quant à la sauvegarde de la mère et des enfants à l'hôpital Saint-Antoine, doivent tenir en partie à ce que les femmes enceintes viennent, toujours de plus en plus nombreuses, aux consultations du service qui ont lieu 4 fois par semaine. Il est à souhaiter qu'on les encourage dans cette voie : les interventions difficiles à terme, les opérations fœticides diminueront certainement de fréquence, grâce à la surveillance active des femmes pendant leur grossesse.

CONCLUSIONS

Quelles conclusions peut-on formuler en se basant sur les résultats obtenus dans les différentes Maternités ?

L'accouchement provoqué restera une opération précieuse quand le diamètre promonto-pubien minimum mesurera de 100-90 millimètres ; il sera prudent d'y recourir si le passé obstétrical de la femme fait pressentir un accouchement à terme difficultueux ; de 81-90 millimètres surtout, l'accouchement prématuré artificiel rendra de réels services et fera éviter nombre d'opérations fœticides.

Dans les cas où le diamètre minimum mesurera moins de 80 millimètres, l'abstention semble devoir être la méthode de choix.

Dans ces derniers cas et dans les accouchements à terme, le forceps et la version rendront de réels services, à la condition de ne pas être pratiqués dans le cas où les dimensions du bassin exigeront un grand effort dans l'extraction de l'enfant.

Mais dans cette classe de bassins, deux opérations paraissent surtout devoir se multiplier : ce sont la symphyséotomie et l'opération césarienne conservatrice. A la Maternité Saint-Antoine, on préfère recourir à cette dernière ; les bons résultats qu'elle a fournis engagent à persévérer dans cette voie.

Vu :
Le doyen,
P. BROUARDEL.

Vu :
Le président de thèse,
P. BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bassins rachitiques observés à l'hôpital Saint-Antoine du 18 mai 1897 au 1er janvier 1900.

Tableau N° 1.

NOMBRE = 167		ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS provoqués — Total = 21.	ACCOUCHEMENTS A TERME						
DIMENSIONS du diamètre promonto-pubien minimum	NOMBRE		NOMBRE	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS				
					FORCEPS	VERSIONS	EMBRYOTOMIES	SYMPHYSÉOTOMIES	OPÉRATIONS CÉSARIENNES
91-100mm	**92** dont une gémellaire.	6 *6,13 °/o*	86	81 *94,18 °/o*	2 *2,32 °/o*	4 *4,65 °/o*	0	0	0
81-90mm	**63** dont une gémellaire.	12 *18,90 °/o*	51	32 *62,07 °/o*	5 *9,80 °/o*	10 dont une pour un jumeau. *19,60 °/o*	2 *3,90 °/o*	2 *3,90 °/o*	1 *1,91 °/o*
71-80mm	**9** dont une gémellaire.	3 dont une gémellaire.	6	1 *16,66 °/o*	0	1 *16,66 °/o*	0	2 *33,33 °/o*	2 *33,33 °/o*
61-70mm	**1**	0	1	0	0	0	0	0	1
60mm	**1**	0	1	0	0	0	0	0	1

Bassins rachitiques observés à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine du 18 mai 1897 au 1er janvier 1900.

TABLEAU N° 2.

MESURES des bassins	TOTAL — NOMBRE des accouchements	TOTAL — ENFANTS — morts pendant le travail	TOTAL — ENFANTS — morts après la naissance	TOTAL — ENFANTS — sortis vivants	TOTAL — MÈRES MORTES	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS — NOMBRE	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS — ENFANTS — morts pendant le travail	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS — ENFANTS — morts après la naissance	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS — ENFANTS — sortis vivants	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS — MÈRES MORTES	FORCEPS — NOMBRE	FORCEPS — ENFANTS — morts pendant le travail	FORCEPS — ENFANTS — morts après la naissance	FORCEPS — ENFANTS — sortis vivants	FORCEPS — MÈRES MORTES	VERSIONS — NOMBRE	VERSIONS — ENFANTS — morts pendant le travail	VERSIONS — ENFANTS — morts après la naissance	VERSIONS — ENFANTS — sortis vivants	VERSIONS — MÈRES MORTES	EMBRYOTOMIES — NOMBRE	EMBRYOTOMIES — ENFANTS MORTS	EMBRYOTOMIES — MÈRES MORTES	SYMPHYSÉOTOMIES — NOMBRE	SYMPHYSÉOTOMIES — ENFANTS — morts pendant le travail	SYMPHYSÉOTOMIES — ENFANTS — morts après la naissance	SYMPHYSÉOTOMIES — ENFANTS — sortis vivants	SYMPHYSÉOTOMIES — MÈRES MORTES	OPÉRATIONS CÉSARIENNES — NOMBRE	OPÉRATIONS CÉSARIENNES — ENFANTS — morts pendant le travail	OPÉRATIONS CÉSARIENNES — ENFANTS — morts après la naissance	OPÉRATIONS CÉSARIENNES — ENFANTS — sortis vivants	OPÉRATIONS CÉSARIENNES — MÈRES MORTES
11,5-10,6 P.P.M. 100-91mm	92 une gémellaire. 93 enfants.	3 3,22 %	6 6,45 %	84 90,32 %	1	85 92,39 %	2 2,35 %	4 4,70 %	79 92,94 %		2		1	1	1	6	1 16,66 %	1 16,66 %	4 66,66 %												
11,5-11,1 P.P.M. 100-96mm	10	1 10 %	2 20 %	7 70 %	1	8 80 %	1 12,5 %		7 87,5 %		1		1		1	1		1													
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
11,1-10,6 P.P.M. 95-91mm	82 dont une gémellaire. 83 enfants	2 2,40 %	4 4,81 %	77 les 2 jum. 92,77 %		77 93,9 %	1 1,29 %	4 5,19 %	72 (1 des jum.). 93,5 %		1			1		5 dont une pour 1 jumeau.	1 20 %		4 1 jumeau. 80 %											
10,5-9,6 P.P.M. 81-90mm	63 dont 1 gémellaire. 64 enfants. (33 cas de 86 à 90mm).	4 (1 jum.). 6,25 %	8 12,50 %	52 (1 jum.). 81,25 %		41 dont un jumeau 64,06 %	2 (1 jum.). 4,87 %	6 14,63 %	33 80,48 %		6		1 14,28 %	5 83,33 %		12 une pour 1 jumeau.		1 8,33 %	11 (1 jumeau.) 91,66 %		2	2	0	2		2 100 %	0	1		1 100 %	0
9,5-8,6 P.P.M. 71-80mm	9 dont une gémellaire. 10 enfants.		2 les 2 jum. 20 %	8 80 %		1			1 100 %							4 dont deux pour les 2 jumeaux.		2 les 2 jum. 50 %	2 50 %					3		3 100 %	0	2		2 100 %	0
8,5-7,6 P.P.M. 61-70mm	1			1 100 %																								1		1 100 %	0
7,5 P.P.M. 60mm	1			1 100 %																								1		1	0
	166	7	16	146	1	127	4	10	113		8		2	6	1	22	1	4	17		2	2		5		5	5			5	0
	169 enfants.	4,14 %	9,48 %	86,62 %	0,59 %	76,50 %	3,14 %	7,87 %	88,96 %				25 %	75 %			4,54 %	18,18 %	77,27 %							100 %				100 %	

Des nombres précédents, il faut déduire comme accouchements provoqués :

11,5-10,6 P.P.M. 100-91mm	6 dont 2 dans des bassins de 11,5 à 11,1.			6 100 %		4 (2 dans des bassins de 11,5 à 11mm,1).			4 100 %							2			2 100 %													
9,6-10,5 P.P.M. 90-81mm	12		1 8,33 %	11 91,66 %		9 75 %		1 11,11 %	8 88,88 %		1			1 100 %		2			2 100 %													
9,5-8,6 P.P.M. 80-71mm	3 dont une gémellaire.		2	2												3 dont deux pour 2 jumeaux.		2 les 2 jum.	1						1		1	0				
TOTAUX..	21 (22 enfants.)		3 13,63 %	19 86,36 %		13		1 7,69 %	12 92,30 %		1			1 100 %		7		2 28,57 %	5 71,42 %						1		1	0				

Statistique des accouchements dans les bassins rachitiques. Maternité de Prague, 1891-1895.

Tableau n° 3.

Nombre total	Mesures du P.S.P.	Mesures du P.P.M.	TOTAL — Nombre total	TOTAL — Enfants morts pendant le travail	TOTAL — Enfants morts après la naissance	TOTAL — Enfants sortis vivants	TOTAL — Mères mortes	Accouchements spontanés — Nombre	Accouchements spontanés — Enfants morts pendant le travail	Accouchements spontanés — Enfants morts après la naissance	Accouchements spontanés — Enfants sortis vivants	Accouchements spontanés — Mères mortes	Forceps — Nombre	Forceps — Enfants morts pendant le travail	Forceps — Enfants morts après la naissance	Forceps — Enfants sortis vivants	Forceps — Mères mortes	Versions — Nombre	Versions — Enfants morts pendant le travail	Versions — Enfants morts après la naissance	Versions — Enfants sortis vivants	Versions — Mères mortes	Embryotomies sur l'enfant vivant — Nombre	Embryotomies sur l'enfant vivant — Enfants morts	Embryotomies sur l'enfant vivant — Mères mortes	Embryotomies sur l'enfant mort — Nombre	Embryotomies sur l'enfant mort — Enfants morts	Embryotomies sur l'enfant mort — Mères mortes	Symphyséotomies — Nombre	Symphyséotomies — Enfants morts pendant le travail	Symphyséotomies — Enfants morts après la naissance	Symphyséotomies — Enfants sortis vivants	Symphyséotomies — Mères mortes	Opérations césariennes conservatrices — Nombre	Opérations césariennes conservatrices — Enfants morts pendant le travail	Opérations césariennes conservatrices — Enfants morts après la naissance	Opérations césariennes conservatrices — Enfants sortis vivants	Opérations césariennes conservatrices — Mères mortes
88 cas	11,5-11,1	100-96mm	11	3	1	7		3			3		2			2		3		1	2		3	3												
				12,5 %	27,77 %	9,09 %	63,63 %		27,27 %			100 %																								
	11-10,6	95-91mm	35	6		30	1	16			16		10	1		9	1	5			5		2	2		3	3									
			1 gémellaire. 36 enfants.	16,66 %		83,33 %	2,80 %	44,44 %			100 %							dont 2 pour 2 jumeaux.																		
			39,77 %																																	
	10,5-9,6	90-81mm	34	14	2	18	2	13	1		12		5	1		4		5	3	1	1		2	2	1	7	7		1		1		1		1	1
			38,63 %	41,17 %	5,88 %	52,93 %		38,23 %			92,3 %																								
	9,5-8,6	80-71mm	6	2		4		4	1		3															1	1					1			
			6,8 %					66,66 %	25 %		75 %																									
	8,5-7,6	70-61mm	1			1																										1			1	
	7,5	60mm	1			1	1																									1			1	1
			88	25	3	61	4	36	2		34		17	2		15	1	13	3	2	8		7	7	1	11	11		1		1		4			4	2
			89 enfants	28,08 %	3,37 %	67,41 %	4,54 %	40,9 %	5,55 %		94,44 %			11,76 %		88,23 %														100 %					100 %	50 %
				31,45 %																																
	10,5-9,6	81-90mm	2	1		1	0	1			1															1	1									

De ces nombres, il faut déduire les accouchements provoqués suivants :

Accouchements dans 98 bassins rachitiques (WHITRIDGE WILLIAMS).

TABLEAU N° 4.

DIAMÈTRE minimum	NOMBRE	ACCOUCHEMENT spontané	FORCEPS	EXTRACTION	VERSION	EMBRYOTOMIE	SYMPHYSÉOTOMIE	ENFANTS vivants	ENFANTS morts	MÈRES mortes
9cm-10cm	63	39	12	5	6	1	0	54	9	1
		61,90 °/₀	*19,04 °/₀*	*7,93 °/₀*	*9,52 °/₀*	*1,58 °/₀*		*85,71 °/₀*	*14.28 °/₀*	*1,58 °/₀*
8cm-9cm	31	20	3	0	6	1	0	23	8	1
		64,51 °/₀	*9,67 °/₀*		*19,35 °/₀*	*3,22 °/₀*		*74,19 °/₀*	*25,80 °/₀*	*3,22 °/₀*
7cm-8cm	4	0	2	0	0	1	1	3	1	0
			50 °/₀			*25 °/₀*	*25 °/₀*	*75 °/₀*	*25 °/₀*	
	93	**59**	**17**	**5**	**12**	**3**	**1**	**80**	**18**	**2**
		60,20 °/₀	*17,34 °/₀*	*5,10 °/₀*	*12,24 °/₀*	*3,06 °/₀*	*1,02 °/₀*	*81,63 °/₀*	*18,36 °/₀*	*2,04 °/₀*

Accouchements dans 146 cas de bassins rachitiques. (*D'après les tableaux publiés par M. Pinard*, 1897-1898.)

TABLEAU N° 5.

TOTAL DES BASSINS RACHITIQUES	MENSURATIONS	TOTAL					ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS					FORCEPS					VERSIONS					OPÉRATIONS DESTRUCTIVES			SYMPHYSÉOTOMIES					LAPAROTOMIES POUR RUPTURE UTÉRINE				HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE			
		NOMBRE	ENFANTS			MÈRES MORTES	NOMBRE	ENFANTS			MÈRES MORTES	NOMBRE	ENFANTS			MÈRES MORTES	NOMBRE	ENFANTS			MÈRES MORTES	NOMBRE	ENFANTS MORTS	MÈRES MORTES	NOMBRE	ENFANTS			MÈRES MORTES	NOMBRE	ENFANTS		MÈRES MORTES	NOMBRE	ENFANTS		MÈRES MORTES
			MORTS pendant le travail	MORTS après la naissance	SORTIS VIVANTS			MORTS pendant le travail	MORTS après la naissance	SORTIS VIVANTS			MORTS pendant le travail	MORTS après la naissance	SORTIS VIVANTS			MORTS pendant le travail	MORTS après la naissance	SORTIS VIVANTS					MORTS pendant le travail	MORTS après la naissance	SORTIS VIVANTS			MORTS	VIVANTS			MORTS	VIVANTS	
146 cas	**11-10,6** P.P.M. **96-91mm**	**56**	**4** *7,14 °/o*	**2** *3,57 °/o*	**50** *89,28 °/o*	**1** *1,78 °/o*	48 *85,71 °/o*	4 *8,33 °/o*	1 *2,08 °/o*	43 *89,58 °/o*	1	4			4 *100 °/o*		1			1 *100 °/o*					3	1 *33,33 °/o*	2 *66,66 °/o*									
	10,5-9,6 P.M.P. **90-81mm** 50 cas avec diamètre P.S.P. de 101 à 105.	**78**	**8** *10,25 °/o*	**3** *3,85 °/o*	**67** *85,89 °/o*	**4** *5,12 °/o*	64 *82,05 °/o*	2 *3,12 °/o*	3 *4,68 °/o*	59 *92,18 °/o*	1	2			2 *100 °/o*	1 *50 °/o*	2	1 *50 °/o*		1 *50 °/o*		4	4		5		5 *100 °/o*	1	1	1 *100 °/o*		1 *100 °/o*				
	9,5-8,6 P.P.M. **80-71mm**	**11**	**1** *9,09 °/o*		**10** *90,90 °/o*		7 *63,63 °/o*			7 *100 °/o*							1			1		1	1		2		2 *100 °/o*									
	8,5-7,6 P.P.M. **70-61mm**	**1**			1	1																											1		1	1
		146	**13** *8,90 °/o*	**5** *3,42 °/o*	**128** *87,67 °/o*	**6** *4,10 °/o*	119 *81,50 °/o*	6 *5,04 °/o*	4 *3,36 °/o*	109 *91,59 °/o*	2	6 *100 °/o*			6 *100 °/o*	1	4 *25 °/o*	1		3 *75 °/o*		5	5		10 *10 °/o*	1	9 *90 °/o*	1 *10 °/o*	1	1		1	1		1	1

Résultats des accouchements dans les cas de rétrécissement du bassin avec diamètre promonto-pubien minimum de 9cm,5 et au-dessous.

Tableau nº 6.

	Knapp	Williams	Pinard	Bar
Nombre de cas	**77** dont *1* accouchement gémellaire, donc **78** enfants.	**98**	**146**	**156** dont *3* jumeaux, donc **159** enfants.
Mères mortes.	4 = *5,19 °/₀*	2 = *2,04 °/₀*	6 = *4,10 °/₀*	0 = *0 °/₀*
Enfants morts :				
Pendant le travail.	22 = *28,20 °/₀*	18 = *18,36 °/₀*	13 = *8,90 °/₀*	6 = *3,77 °/₀*
Après la naissance	2 = *2,56 °/₀*		5 = *3,42 °/₀*	14 = *8,80 °/₀*
Mortalité totale	24 = *30,76 °/₀*	18 = *18,36 °/₀*	18 = *12,32 °/₀*	20 = *12,57 °/₀*

Ce tableau a été dressé en éliminant des statistiques de Knapp, de Bar, les cas dans lesquels le diamètre sous-pubien était supérieur à 110 millimètres, limite supérieure des mensurations faites par M. Pinard.

BIBLIOGRAPHIE

P. Bar. — Leçons de pathologie obstétricale, Paris 1900.

P. Bar. — « *L'Obstétrique* », n° 4, 15 juillet 1899. « La symphy-« séotomie : ses résultats immédiats et éloignés, ses indi-« cations relatives par rapport à la section césarienne. »

Barnes. — « Troisième Congrès international de Gynécologie et « d'Obstétrique (Amsterdam); *Presse médicale*, n° 66, 1899. »

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements; 7e édition, 1867.

Knapp. — « Aus der deutschen geburtshülfi. Universitätsklinik « in Prag. Bericht über 105 Geburten bei engem Becken aus « den Jahren 1891-1895; *Archiv für Gynæcologie*, tome LI, « pp. 483-585.

Leopold. — Troisième Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique (Amsterdam); *Presse médicale*, n° 65, 1899.

Pestalozza. — Delle indicazioni del taglio cesareo in rapporto con quelle della sinfisiotomia, della craniotomia e del parto prematuro artificiale : conclusioni della relazione; Roma-Firenze, 1899.

Pinard. — Clinique obstétricale, Paris, 1899.

Pinard. — Indication de l'opération césarienne considérée dans ses rapports avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel. Rapport au Congrès d'Amsterdam; *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, XXVIe année, tome LI, août et septembre 1899.

Whitridge Williams. — The frequency of contracted pelves in the first thousand women delivered in the obstétrical department of the *Johns Hopkins Hospital* (Baltimore) from Obstetrics; vol. I. Nos. 5 and 6.

IMPRIMERIE E. CAPIOMONT ET Cie

PARIS

57, RUE DE SEINE, 57